

Obitelj i akutna bolest

Family and acute disease

Jasna Grković

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka, Rijeka

Primljeno: 28. 1. 2010.

Prihvaćeno: 5. 5. 2010.

Sažetak. Akutna bolest jednog od članova obitelji predstavlja značajni stresni životni događaj ili situaciju unutar obitelji. Iznenadna bolest stvara previranja na koja obitelj često ne može adekvatno odgovoriti ili se nositi s promjenama u zahtjevima funkcioniranja. Bez obzira o kojoj akutnoj bolesti ili stradanju se radi, primjerice srčanom udaru, moždanom udaru, prometnoj nesreći, iznenadnoj bolesti i sl., ono predstavlja akutni životni događaj vezan uz prekid uobičajenog tijeka života unutar svakodnevne obitelji (Holmes-Raheova ljestvica stresnih događaja stavlja povredu ili bolest na šesto mjesto bodovanja stresnosti). Stres zbog bolesti člana obitelji uvijek je nasljednik dotadašnjih iskustava obiteljskog života i njene povijesti funkcioniranja i pokretač je promjena, kako u strategijama suočavanja, tako i u značenju bolesti koje obitelj pridodaje stresnom zbivanju. Bolest mijenja aktualnu obiteljsku situaciju samom činjenicom da se jedan član obitelji razbolio. Ozbiljnija tjelesna bolest najčešće je komplicirana neugodnim emocijama svih članova obitelji – anksioznošću i depresijom, prilagodbenim teškoćama i nesnalaženjem u promjeni i preraspodjeli uloga koje se nameću i pojavljuju unutar obitelji nakon razbolijevanja jednog od članova. Radi se zapravo o seriji stresova koji mogu izazvati psihološke i fiziološke stresne odgovore unutar obitelji kao cjeline. Svaka obitelj reagira adaptirajući se koliko je god to moguće iz njenih resursa u teškoj situaciji. Strategije suočavanja mogu biti različite: od aktivnog suočavanja, distanciranja, traženja socijalne podrške i prihvaćanja odgovornosti do izbjegavanja i negiranja problema. Liječnici koji neposredno liječe bolesnika najvažniji su u pružanju informacija obitelji jer time znatno smanjuju stresnost akutnih zbivanja i omogućavaju prevladavanje nesigurne i uzdrmane obiteljske situacije.

Ključne riječi: akutna bolest, obitelj, strategije suočavanja

Abstract. Acute illness of a family member represents an important stressful event for the whole family. Usually, the family confronted with a sudden illness, cannot adequately cope with new demands for change in functioning. No matter which acute illness or injuries are involved – heart attack, stroke or traffic accident, sudden illness is an acute life event associated with the termination of the usual course of everyday life within the family (Holmes – Rahe Scale of stressful events puts the injury or disease to sixth place scoring stressfulness). Stress due to illness of a family member always is the successor of the previous family life experiences and its history of driving changes, as well as the meaning of illness which family adds to new stressors. The fact that one family member became ill, changes the whole current family situation. Serious physical illness is often complicated by unpleasant emotion of all family members – anxiety, depression, adaptive difficulties and disorientation, as well as with a change in redistribution of roles that occurs within the family. It is actually a series of stresses that can cause psychological and physiological responses in most family members. Each family will react according to their specific resources. Coping mechanisms are various – from active coping, distancing, getting social support and taking responsibility to avoidance or denial of the problem. Doctors who treat patients directly, are the most important in providing information to family members, reducing their anxieties and in such way helping them to overcome the unsafe and shaken family situation.

Key words: acute disease, coping strategies, family

Adresa za dopisivanje:

Dr. sc. Jasna Grković

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka,

Krešimirova 42, 51 000 Rijeka

e-mail: jasna.grkovic@medri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

N. C. Andreasen:

“Svi mi mislimo da razumijemo stres. On nam se dešava u situacijama kad osjećamo da smo pod pritiskom, preplavljeni i ne možemo držati tempo. Pod stresom smo ... kad nastojimo disciplinirati djecu, podnijeti kritiku roditelja, oporaviti se od gripe ili prehlade, kad saznamo da se bliska osoba teško razboljela ... brinemo o novoj bebi, brinemo o starom roditelju ... lista može ići dalje i dalje.”¹

Akutna bolest jednog od članova obitelji predstavlja značajni stresni životni događaj ili situaciju unutar obitelji. Akutna bolest nosi za oboljelog i obitelj važne i brojne brige o poslu, radnom mjestu, kućnim ljubimcima i sl. Osobito je to slučaj ako je bolest dovoljno ozbiljna i zahtijeva primitak u bolnicu i liječenje u intenzivnoj skrbi, ako su simptomi zastrašujući, bolni, a ishod nepredvidljiv². Iznenađna bolest stvara nagla previranja na koja često obitelj ne može adekvatno odgovoriti ili se ne može nositi s promjenama u zahtjevima funkcioniranja. Može se reći da je stres zapravo odgovor na promjenu i prijetnju koja se razbolijevanjem jednog od članova obiteljske zajednice pojavljuje, bilo da se radi o bolesnom djetetu, bolesnom roditelju ili drugom članu obitelji³.

Bez obzira o kojoj akutnoj bolesti ili stradanju se radi (srčani udar, moždani udar, prometna nesreća) iznenađna bolest je akutni životni događaj vezan uz prekid uobičajenog tijeka života unutar svakodnevice obitelji. Tako Holmes-Raheova ljestvica stresnih događaja stavlja povredu ili bolest na relativno visoko šesto mjesto bodovanja stresnosti. Akutna bolest može rezultirati oporavkom i izlječenjem, može se kronificirati, a može završiti i smrtnim ishodom.

Stres zbog bolesti člana obitelji uvijek slijedi dotadašnja iskustava obiteljskog života i njenu povijest funkcioniranja i pokretač je promjena, kako u strategijama suočavanja, tako i u značenju bolesti koje obitelj pridodaje stresnom zbivanju. Formiraju se psihološki obrasci funkcioniranja, dakle obiteljski odgovori na bolest⁴⁻⁷. Potvrđena je važ-

nost psihosocijalnog distresa koji je pratilac i razbolijevanja od bolesti i različitih, diferentnih i često invazivnih tretmana takve bolesti⁸⁻¹⁰. Sva istraživanja pokazuju da se oporavak odvija bolje ako je psihosocijalni distres manji, a suočavanje sa stresom aktivnije.

Svaka je obitelj u svojoj bolesti i liječenju jedinstvena i nema dvije obitelji koje će na isti način reagirati na akutnu bolest, iznenadnu operaciju ili povezano iznenadno zbivanje u jednog od svojih članova. R. Lazarus (1999.) je u zdravstvenoj psihologiji načinio prekretnicu kad je tradicionalni model *stimulus – odgovor* zamijenio suvremenijim i sveobuhvatnijim *stimulus – organizam – odgovor* koji naglašava važnost razumijevanja individualnih, subjektivnih iskustava. U ovome slučaju središnje mjesto odgovora na stimulus (bolest, stradanje) zauzima obitelj koja odgovara na promjene. Samo kroz prizmu iskustava neke obitelji moguće je objasniti pojedinačne razlike u reakcijama na stresor. Ova subjektivna obiteljska iskustva iz ranijeg zajedničkog života teže je otkriti nego situacijski stresor i ponašajni odgovor u stresnoj situaciji bolesti ili operacije, a važna su zbog razumijevanja dinamike obiteljskih zbivanja u akutnoj bolesti. Subjektivno obiteljsko iskustvo je samo po sebi prilično neuhvatljivo i zahtijeva svojevrsnu istragu, a vrlo je bitno za rad svakog liječničkog tima koji se susreće s bolesnikom. Liječnici i drugo zdravstveno osoblje susreću članove obitelji u čekaonicama, kad pokušavaju dobiti informacije, dolaze u jedinice intenzivnog liječenja i na druge odjele ili svome obiteljskom liječniku. Zdravstveno osoblje treba uvijek imati na umu važnost održavanja komunikacijskog kanala između bolesnika i njegove obitelji².

Bolest mijenja aktualnu obiteljsku situaciju samom činjenicom da se jedan član obitelji razbolio¹¹.

Ozbiljnija tjelesna bolest najčešće je komplicirana neugodnim emocijama svih članova obitelji: anksioznošću i depresijom, prilagodbenim teškoćama i nesnalaženjem u promjeni i preraspodjeli uloga koje se nameću i pojavljuju unutar obitelji nakon razbolijevanja jednog od članova.

Strah, tjeskoba i depresivnost najčešće su reakcije na dijagnozu i/ili tretman neke ozbiljne, životno ugrožavajuće i teške bolesti koja je zadesila

člana obitelji. Ozbiljna tjelesna bolest zapravo gotovo uvijek u sebi predstavlja seriju stresova koji mogu izazvati psihološke i fiziološke stresne odgovore¹²⁻¹⁴.

Bolesni član obitelji mijenja svoju poziciju u regresivniju, a dobar obiteljski sustav se tome prilagođava tako da i ostali članovi obitelji mijenjaju svoje uloge i pozicije, preuzimajući neke odgovornosti bolesnog člana. Mijenjaju se odnosi, navike, rituali, žali se za izgubljenim zdravim razdobljem. Kod bolesti djeteta u obitelji aktivira se osjećaj krivnje, češće u majki. Bolesna majka kod djeteta budi strah od separacije, osjećaj krivnje, ali i ljutnju prema majci koja "napušta" dijete i više mu ne osigurava sve njegove potrebe. Obitelj bi morala preuzeti empatičku funkciju pružatelja emocija, ono što obično radi majka¹⁵.

Da se izbjegn timer stanja dezorganizacije ili gubitka kontrole, unutar obitelji se uključuju različiti regulatorni procesi.

STRATEGIJE PRILAGODBE

Kako se obitelj nosi s akutnom bolesti i koje strategije suočavanja koristi?

Kad se dogodi akutna bolest u obitelji, obitelj prestaje funkcionirati na svoje uobičajene načine, članovi obitelji su pod pritiskom, preplavljeni tjeskobom, teško im je rješavati nadolazeće probleme i uspostaviti prioritete. Obitelj se nalazi u krizi. U takvim situacijama pomaže mogućnost predviđanja problema koji slijede, razumijevanje načina na koji ih obitelj inače rješava i mobiliziranje učinkovitih strategija suočavanja s krizom¹⁶. Sve intervencije koje vode računa o tome imaju blagotvoran učinak bez obzira potiču li iz same obitelji, šire okoline ili liječnika. To mogu biti pojašnjenja o samom oboljenju, informacije o tijeku bolesti, korisne informacije o načinu rješavanja obaveza na poslu i sl.

Pojam strategija suočavanja odnosi se na sve ono što netko razmišlja ili čini pokušavajući *prevladati teškoće u koje je zapao* (problemu usmjereno suočavanje) i *regulirati emocionalni odgovor* koji je problem izazvao (emocijama usmjereno suočavanje)¹⁷.

Dakle, dvije osnovne uloge strategija suočavanja su rješavanje problema i regulacija emocionalnog odgovora. Idealna strategija suočavanja ima za

cilj riješiti problem, te tako preživjeti prijetnju koja je postojala, ali podliježući, operacionalni cilj je zadržati osjećaj ravnoteže, a izbjeći preplavljenost neželjenim stupnjem emocija.

Strategije suočavanja su naučeni, namjerni i smisleni emocionalni i ponašajni odgovor na stresove, s ciljem prilagodbe ili mijenjanja okoline.

Proces suočavanja možemo prikazati kroz četiri koraka.

Prvi korak je *procjena* koja se odnosi na značenje događaja i određivanja njegove stresnosti i mogućnost uspostave kontrole nad događajem.

Drugi korak je *odabir strategije* suočavanja koji je moguć nakon što se procijeni koliki su resursi obitelji za adekvatno suočavanje, kakav je stresor i kolika je vjerojatnost da će ta strategija biti djelotvorna.

Kad se dogodi akutna bolest u obitelji, obitelj prestaje funkcionirati na svoje uobičajene načine, članovi obitelji su pod pritiskom i preplavljeni tjeskobom, teško im je rješavati nadolazeće probleme i uspostaviti prioritete.

Treći korak predstavlja *upotrebu* izabrane strategije suočavanja.

Četvrtim korakom *evaluira* se suočavanje i njegova djelotvornost u eliminiranju ili umanjivanju stresa i ovladavanja situacijom^{18,19}.

Najčešći načini nošenja s novonastalom situacijom koja se uspostavlja nakon pojave akutne bolesti ili nesreći unutar obitelji jesu sljedeći:

- distancirajuće suočavanje (pokušaj da se obitelj mentalno odvoji od stresne situacije, npr. *u posjetu kod bolesnika koji je u koronarnoj jedinici nakon preživjelog infarkta miokarda, supruga i njihova djeca planiraju kako će bolesnik idući tjedan doći kući i tako se najbrže oporaviti*);
- konfrontirajuće suočavanje (na neprijateljski ili agresivan način želi se izmijeniti stresnu situaciju, npr. *supruga i djeca okrivljuju obiteljskog liječnika da nije kod bolesnika dovoljno inzistirao da on prestane pušiti*);
- samokontrolirajuće suočavanje (pokušava se regulirati osjećaje i postupke, npr. *supruga s djecom dogovara kako će zajedno otići baki i reći da joj je sin doživio infarkt*);

- traženje socijalne podrške (napori da se dobije socijalna podrška ili informacija od drugih, npr. *supruga oboljelog naziva kolegicu čiji je muž prebolio srčani udar prošle godine i raspituje se o tijeku oporavka*);
- prihvatanje odgovornosti (zauzimanje različitih uloga u pokušaju rješavanja problema, npr. *supruga prestaje pušiti cigarete i razgovara s djecom o potrebi veće fizičke i rekreativne aktivnosti koju će organizirati*);

Bez obzira o kojoj akutnoj bolesti ili stradanju se radi (srčani udar, moždani udar, prometna nesreća), iznenadna bolest je akutni životni događaj vezan uz prekid uobičajenog tijeka života unutar svakodnevice obitelji. Zdravstveno osoblje treba uvijek imati na umu važnost održavanja komunikacijskog kanala između bolesnika i njegove obitelji.

- izbjegavanje (kognitivni ili ponašajni naponi da se izbjegne ili pobjegne od problema ili situacije, npr. *u obitelji ne žele govoriti o srčanim bolestima jer smatraju da ne treba ništa mijenjati u svakodnevnom načinu života*);
- planiranje rješavanja problema (pažljivo promišljanje napora da se izmijeni situacija, npr. *planiranje promjena u kuhanju, odustajanje od redovitog zimskog kupovanja praseta za kolinje*);
- pozitivna ponovna procjena (napori da se preuokviri situacija u pozitivnom svjetlu, npr. *organizacija radnog vremena i kućanskih poslova tako da ostane više vremena za šetnju i hodanje*).

Svaka obitelj u teškoj situaciji reagira adaptirajući se i pritom koristeći različite strategije koliko je god to iz njenih resursa moguće.

Stanovište većine istraživača u ovom području jest da je priroda stresnog događaja onaj prvi ključni element koji određuje nošenje s akutnim problemom. Predstavlja li bolest prijetnju ili tek izazov izuzetno je važno, pa tako i recentna istraživanja pokazuju da je procjena stresora *prijetnjom* povezana s negativnim prilagođavanjem, dok će stresor, ako se procijeni kao *izazov*, biti povezan s pozitivnom prilagodbom²⁰⁻²³.

Način na koji članovi unutar obitelji prevladavaju stres i koliko se mogu osloniti na okolinske resurse predstavlja drugi ključni element i svakako snažno utječe na njihovu prilagodbu i u situaciji kad je bolest otkrivena ili je već pod tretmanom i kontrolom. Jednostavne ali elementarne situacije koje se moraju riješiti u akutnoj bolesti su npr. briga o kuhanju obroka, briga o kućnim ljubimcima, postoji li podrška prijatelja koji će pomoći u svakodnevnim obavezama ili jednostavno biti uz nekoga i saslušati ga. Slikovito se može reći da obiteljska struktura i socijalna podrška predstavljaju okvir, a aktualno suočavanje onaj izravni čimbenik koji utječe na to kako se obitelji prilagođavaju promjenu okolnosti (bolest, operacija i sl.). Oporavak nakon bolesti ili operativnog zahvata znatno je olakšan kad je suočavanje prilagodbeno, a zapriječen ako je neprilagodbeno²⁴⁻²⁹.

ZAKLJUČAK

Nakon akutnog razbolijevanja ili stradanja mijenja se život ne samo bolesne osobe, nego i čitave obitelji. Obitelj suočena s akutnom bolesti ili stradanjem jednog svog člana treba iznaći najsvrhovitiji način nošenja s novonastalim stresnim zbivanjem u obitelji. Uglavnom će koristiti problemu usmjereno suočavanje kad procijene da se situacija može izmijeniti i da imaju kontrolu nad njome (prikupljanje informacija o bolesti i liječenju, traženje socijalne podrške bližnjih, planiranje). U stanjima koja smatraju prijetnjom i time izvan svoje kontrole, članovi obitelji vjerojatnije izabiru emocijama usmjereno suočavanje (izbjegavanje, okrivljavanje liječnika, ljutnja). Liječnici koji neposredno liječe bolesnika najvažniji su u pružanju informacija obitelji jer time znatno smanjuju stresnost akutnih zbivanja i omogućavaju prevladavanje nesigurne i uzdrmane obiteljske situacije.

LITERATURA

1. Andreasen NC. Brave New Brain. Oxford University Press, 2001.
2. Leigh H. The Acutely Ill Patient in the Intensive Care Unit Setting. In: Leigh H, Streltzer J (eds). Consultation and Liaison Psychiatry. Springer Science 2008;183-7.
3. Groves MS, Muskin PR. Psychological Responses to Illness. In: Levenson JL (ed.) Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington DC-London: American Psychiatric Publishing 2005;67-91.

4. Wyszynski AA, Wyszynski B. Manual of Psychiatric Care for the Medically Ill. Washington DC-London, American Psychiatric Publishing, Inc. 2005.
5. Lipowsky ZJ. History of Consultation-Liaison Psychiatry. In: Rundell JR, Michael MG, (eds). Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Washington DC, London, England: American Psychiatric Press 1998;3-11.
6. Gregurek R. Suradna (Liaison) psihijatrija. U: Klain E (ur.) Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing, 1999; 371-404.
7. Grković J, Moro LJ, Frančišković T, Galić-Miljanović R. Suradna psihijatrija. U: Moro LJ, Frančišković T (ur.) Psihijatrija. Rijeka: Glosa 2004;216-29.
8. Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M, Alberque C, Ferrero F. Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. European Psychiatry 2004;19:499-501.
9. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Silwa K, Zubaid M, Almahmeed WA et al. Association of psychosocial risk factors with risk factors of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. Lancet 2004;364:953-62.
10. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. Am J Psychiatry 2000;157: 1279-84.
11. Grković J. Strategije suočavanja kao posrednici u cjelovitom oporavku srčanih bolesnika. Doktorska disertacija, Medicinski fakultet Rijeka, 2006.
12. Livneh H. Psychosocial Adaptation to Heart Diseases: The Role of Coping Strategies. Journal of Rehabilitation 1999.
13. Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and Cardiovascular Disease: Mechanisms of Interaction. Biol Psychiatry 2003;54:248-61.
14. Ryff CD, Singer BH. Biopsychosocial Challenges of the New millennium. Psychother Psychosom 2000;69:178-81.
15. Cividini – Stranić E. Psihosomatika. In: Klain E (ed.) Psihološka medicina. Zagreb: Golden marketing 1999; 346-58.
16. Pimm JB, Jude JR, Cohan C. Coping with Heart Surgery and Bypassing Depression: A Family's Guide to the Medical, Emotional and Practical Issues. Psychosocial Press, 1998.
17. Frydenberg E. Beyond Coping. Oxford University Press, 2002.
18. Shapiro PA. Heart Disease. In: Levenson JL (ed.) Textbook of Psychosomatic Medicine. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing 2005:423-45.
19. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. J Pers Soc Psychol 1984;46: 839-52.
20. Horwitz M. Stress and Coping. In: Goldman HH (ed.) Review of General Psychiatry. American Psychiatric Publishing, Lange Medical Publication: Los Altos, CA, 1984: 41-52.
21. Roesch SC, Weiner B, Allison AV. Cognitive Approaches to Stress and Coping. Curr Opin Psychiatry 2002;15:627-32.
22. Oxman TE, Barrett JE, Freeman DH, Manheimer E. Frequency and correlates of adjustment disorder related to cardiac surgery in older patients. Psychosomatics 1994;55:7-65.
23. Mourad TI. Depresija i kardiovaskularna bolest. Servier, 2004.
24. Trzcienka-Green A, Steptoe A. Stress management in cardiac patients: a preliminary study of the predictors of improvement in quality of life. J Psychosom Res 1994;4:267-80.
25. Strik J, Denollet, Lousberg R, Honig A. Comparing Symptoms of Depression and Anxiety as predictors of Cardiac Events and Increased Health Care Consumption after Myocardial Infarction JACC 2003;42:1801-7.
26. Writing Committee for the ENRICH Investigators. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction. The enhancing recovery in coronary heart disease patients. JAMA 2003;289:3106-16.
27. Carney RM, Blumenthal JA, Stein PK, Watkins L, Catellier D, Berkman LF et al. Depression, heart rate variability and acute myocardial infarction. Circulation 2001;104: 2024-8.
28. Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A, Moebus S et al. Psychological and Quality-of-Life Outcomes from a Comprehensive Stress reduction and Lifestyle Program in Patients with Coronary Artery Disease: Results of a Randomized Trial. Psychother Psychosom 2005;74:344-52.
29. Pagano ME, Skodol AE, Stout RL. Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disordered Study. Acta Psychiatr Scand 2004;110:421-9.